

Канд. мед. наук А.Н. Заблодский,  
А.Л. Товсташов,  
канд. мед. наук А.Н. Воронецкий.

## **ХРОМОГАСТРОСКОПИЯ С МЕТИЛЕНОВЫМ СИНИМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГАСТРИТОВ У ДЕТЕЙ**

Витебская детская областная  
клиническая больница.  
Витебский государственный медицинский  
институт. (ректор - проф. А.Н. Косинцев)

Ранняя и точная диагностика заболеваний желудка во многом определяет успех проводимого лечения и представляет большой практический интерес. К принципиальным достоинствам гастроинтестинальной эндоскопии у детей относится высокое качество диагностики: с ее помощью можно устанавливать наличие или отсутствие патологических изменений исследуемого органа, получить материал для морфологического исследования, оценить динамику процесса. Рассматривая реальные возможности своевременной и точной диагностики заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у детей разных возрастных групп, следует признать существование известного предела макроскопической оценки слизистой оболочки желудка между "нормой" и "патологией", определяемого используемым методом, видом эндоскопа, опытом эндоскописта и даже его школой. Вместе с тем очевиден имеющийся резерв, позволяющий приблизить "действительное" к "возможному" в ранней диагностике поражения желудка у детей.

Часто, нерезко выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки желудка, а также начальные стадии заболевания, могут неверно оцениваться при гастроскопии даже опытным эндоскопистом.

В этих случаях, а также в соответствии с требованиями Сиднейской системы классификации хронических гастритов, для морфологической верификации диагноза необходим забор биоптатов из нескольких участков слизистой оболочки [10]. Гастрит же нередко бывает

очаговым, поэтому обнаружение в биоптате неизменной слизистой не может исключить гастрит, а морфологическая картина гастрита, найденная в одном кусочке, не доказывает еще, что аналогичный вид имеет вся слизистая желудка [1]. Что же касается прицельной биопсии, то ее возможности ограничены тем, что место взятия биоптатов определяет эндоскопист, которому не всегда удается установить локализацию максимально выраженных изменений слизистой оболочки желудка, т.е. так называемая "прицельная" биопсия по сути оказывается неприцельной [9].

Усовершенствование эндоскопической аппаратуры, в частности увеличивающей оптики, видеоэндоскопии, не улучшило макроскопическую диагностику. Совпадение макро- и микроскопических диагнозов составляет от 30 до 80 % [9,11].

Одним из способов повышения эффективности эндоскопической диагностики, позволяющим контрастно отобразить небольшие поражения слизистой оболочки и облегчить целенаправленный забор биоптатов, является применение метода хромогастроскопии с использованием витальных красителей для определения макроскопически невидимых при рутинной эндоскопии изменений [3].

У взрослых больных гастрохромокопия с метиленовым синим применяется для диагностики кишечной метаплазии [7,8,13], раннего рака желудка [6,12], исследования атипичных рубцов, незаживающих язв [15], подозрительных мест [2]. Публикаций на эту тему у детей мы не встретили.

Цель настоящего исследования - оценить возможности хромогастроскопии с метиленовым синим в диагностике минимальных и ранних изменений желудка у детей.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Обследовано 2 группы больных в возрасте 4-14 лет с различными диспепсическими жалобами. ЭФГДС была выполнена одним и тем же исследователем, с использованием эндоскопов фирмы Olympus. Диагностические ре-

зультаты всех рутинных эндоскопий оценивались в соответствии с международной терминологией и критериями [14]. Хромоэндоскопия с метиленовым синим позволяла провести контрастирование (при орошении слизистой желудка становится более четким ее рельеф, на фоне которого выявляются незначительные очаги поражения) и биологическое окрашивание (при кишечной метаплазии красящее вещество адсорбируется слизистой и проникает в цитоплазму, при афтах и папулах - синоним эрозии - массы некроза адсорбируют краситель, ядро и цитоплазма мертвой клетки диффузно и интенсивно окрашиваются [4].

В первой группе - 56 больных (в период овладения опытом), проводилась рутинная эндоскопия, затем взятие биоптатов, затем хромоэндоскопия по нашему модифицированному методу. После этого был проведен анализ: сопоставлены данные обычной эндоскопии с морфологией и морфологические данные с хромоэндоскопией, чтобы установить степень соответствия хромоэндоскопической картины и нозологии гастрита.

Во 2-й группе (101 больной) проводилась рутинная эндоскопия, хромоэндоскопия и только затем прицельная биопсия с окрашенных и неокрашенных участков. В этой группе сопоставлены данные хромоэндоскопии с морфологическими исследованиями. Биопсийный материал (314 биоптатов) фиксировали в 10% растворе забуференного по Лилли формалина, готовили парафиновые срезы и окрашивали гематоксилином и эозином. Морфологические исследования оценивались патоморфологом без знания эндоскопического диагноза. Гистологические изменения классифицированы по Аруину Л.А. (1991г.).

Статистический анализ был выполнен с использованием критерия  $\chi^2$  (хи-квадрат). Статистически достоверными считали различия при  $p < 0,01$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У больных 1-й группы совпадение макро- и микроскопических заключений составило 44,8%. Эндоскопический и

морфологический диагноз "норма" совпал у 35%, эритематозный гастрит - у 19,9%, нодулярный у 78%, эрозивный - у 33,3%, атрофический - у 33,3%.

Во 2-й группе было выявлено 6 больных с кишечной метаплазией ?ст., которая при обычной эндоскопии не была диагностирована. У 24 больных визуализировались эрозии слизистой, которые не были видны при рутинном исследовании, видимые же при обычной эндоскопии эрозии окрашивались всегда. Совпадение эндоскопического и морфологического заключений составило 78%. Для нормального желудка - 89,9%, эритематозного гастрита - 100%, атрофического - 100%, нодулярного - 100%, эрозивного - 48%.

Таким образом, качество хромоэндоскопического исследования достоверно выше рутинной эндоскопии ( $\chi^2 = 1,7$ ,  $p < 0,01$ ).

Мы согласны с авторами, утверждающими, что "рентгенологический и гастроскопический диагнозы хронического гастрита стоят на "глиняных ногах" [15]. Следует согласиться с мнением, что необходимо исключить из практики нецельную биопсию, т.к. она удорожает исследование, напрасно нагружает эндоскописта, патанатома и малоинформативна [11].

## ВЫВОДЫ

1. Хромогастроскопия с метиленовым синим эффективнее рутинной гастроскопии в выявлении ранних и минимальных изменений слизистой оболочки желудка у детей.

2. Хромоэндоскопия желудка способствует выбору наиболее оптимального участка взятия биоптатов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.А., Григорьев П.Я., Исаков В.А. и др. Хронический гастрит. Амстердам. 1993, -362с.
2. Бычков В.В., Александров А.И., Саленков В.А. Сравнительная оценка методов прямой и непрямой хромоэндоскопии верхних отделов пищеварительного канала. //Клиническая хирургия. 1990. -Ж5. -с 22-23.

3. Савельев В.С., Исаков Ю.Ф., Лопаткин Н.А. и др. Руководство по эндоскопии. - М.: Медицина, 1985. -544с.

4. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия: Учебник для медицинских институтов. -М.: Медицина. 1979. -528с.

5. Elster K. Gastritis: Meinungen und Fakten. Fortschr. Med. 1971. Bd. 89-з. 1339-41.

6. Jishi H., Tatsuta M., Okuda B. Endoscopic diagnosis of minute gastric cancer of less than 5 mm in diameter. //Cancer. 1985; 1; 56; 655-9.

7. Kohli Y., Hattori B., Kodama T. et al. Endoscopic diagnosis of intestinal metaplasia in asymptomatic (control) volunteers. //Gastroenterol-Jpn. 1979; 14:14-8.

8. Kohli Y., Preiffer C.J., Kutty K.P. et al. Endoscopic diagnosis of intestinal metaplasia in Canada and Japan. //J-Clin-Gastroenterol. 1981; 3suppl 1:29-33.

9. Malchow H. Unigerielte Biopsie lei Gastroskopie-Pro: ein diagnostischer Gewinn. //Fortschr. Med. -1987. -Vol.18. -p 47-54.

10. Misiewicz J.J., Tytgat G.N.Y. et al. The Sydney system: a new classification of gastritis. Congress of Gastroenterology. Working party report. Blackwell-Melburne. 1990.

11. Rosch S.A. Ungerilte Biopse bei Gastroskopie - Kontra: Kein diagnostischer Gewinn. //Fortschr. Med. -1987. -Vol 105, 318. -p. 55-59.

12. Suzuki B., Mukami H., Suzuki H. et al. An endoscopic staining method for detection and operation of early gastric cancer. //Jnt-Adv-Surg-Oncol. 1977; 2:223-41.

13. Tatsuta M., Jishi H., Jchii-M. et al.

Chromoendoscopic observations on extension and development of fundal gastritis and intestinal metaplasia. //Gastroenterology. 1985; 88:70-4.

14. Terminology, Definitions and Diagnostic Criteria in Digestive Endoscopy. Third Edition. OMED Nomenclature of Digestive Endoscopy. Ed.Z.Maratka. 1994.

15. Weinstein W.M. Vital staining of oesophageal and gastric mucosa: not vital but may be helpful. // Gastrointest-Endosc. 1992; 38(6):723-5.

## SUMMARY

### CHROMOGASTROSCOPY WITH METHYLENE BLUE IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF GASTRITIS IN CHILDREN.

A.N.Zablodski, A.L.Tovstashov, A.N.Uoroneckiy.

Authors compared the data of routine endoscopy with non-target biopsy to the same of chromogastros-  
copy with methylene blue and consequent target  
biopsy from the tintured parts of gastric mucosa in  
157 unselective sick infants aged from 4 to 14  
years. The coincidence of macro and microscopic con-  
clusions in the first group made up 44,8%, in the sec-  
ond - 78%. Authors came to a conclusion that chromo-  
gastros-  
copy is more effective than routine endoscopy  
and so can be recommended for exposing of early and  
minimal changes of gastric mucosa in children. Chro-  
mogastros-  
copy promotes a choice of an optimum spot  
for taking biopsies. Authors object to non-target bi-  
opsy.